

COMMENT ON GUÉRIT

N° 55.

DU

PNEUMOTHORAX

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

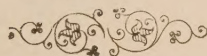
Le lundi 22 juillet 1895

PAR

L.-P. LAMARCHE

Né à Barre-des-Cévennes (Lozère)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER

IMPRIMERIE SERRE ET ROUMÉGOS, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5
1895

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. MAIRET, DOYEN.

CARRIEU, ASSESSEUR.

Professeurs.

	MESSIEURS :
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL *.
Id. SERRE (Ch. du c.)	
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	GRASSET (*).
Clinique chirurgicale.	TÉDENAT.
Clinique obst. et gynécol.	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique	N.
Thérap. et Matière médicale.	HAMELIN *.
Anatomie.	PAULET (O. * *).
Id. GILIS (Ch. du c.)	
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des mal. ment. et nerv	MAIRET.
Physique médicale.	IMBERT.
Botan. et Hist. Nat. méd.	GRANEL.
Opérations et appareils.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.	VILLE.
Physiologie.	HEDON
Histologie.	VIALLETON
Pathologie interne	N...
Id. RAUZIER (Ch. dec.)	
Médecine légale et toxicologie.	N...
Id. DUCAMP (ch. de c.)	

PROFESSEUR HONORAIRE : M. JAUMES.

Chargés de Cours complémentaires :

Clinique annexe des maladies des enfants.	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.	GERBAUD, agrégé.
Clinique annexe des mal. syphilit. et cutan.	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.	ESTOR, agrégé.
Histologie	DUCAMP, agrégé.

Agrégés en Exercice

MESSIEURS :	MESSIEURS :	MESSIEURS
SERRE.	SARDA.	LAPEYRE.
BAUMEL.	ESTOR.	MOITESSIER.
GERBAUD.	LECERCLE.	
GILIS	DUCAMP.	
BROUSSE.	RAUZIER.	

M. H. GOT, Secrétaire.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire honoraire.

Examineurs de la Thèse :

MM. CARRIEU, président.

BERTIN.

BAUMEL, agrégé.

SARDA, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555606_0008

A la mémoire de mon Père et de ma Mère
regrettés

A MA FEMME

La meilleure des épouses

A MON FRÈRE

A mon excellent Maître et Ami

Monsieur le Professeur CARRIEU

A MES PARENTS

A MES AMIS

P. LAMARCHE.

INTRODUCTION

Le pneumothorax, depuis Itard qui lui donna son nom, a fait l'objet de bien des mémoires, de bien des travaux à tous les points de vue. Il semble donc que de nouvelles recherches sur ce sujet soient sinon superflues, du moins sans intérêt.

Il est cependant un fait sur lequel l'attention de tous ceux qui ont collaboré à ces travaux semble avoir été moins attirée. Ce point sur lequel nous avons cru pouvoir baser un nouveau travail, c'est la façon dont on guérit du pneumothorax.

Les auteurs en effet ont discuté longuement sur les causes, l'anatomie pathologique, le traitement du pneumothorax ; mais peu se sont préoccupés de l'avenir de leurs malades, et nous ne voulons pas seulement parler de l'avenir prochain qui est en général connu, mais de l'avenir plus lointain. En un mot nous tenons à mettre en lumière ce que devient un malade atteint de pneumothorax. Et ici nous devons avertir que nous comprenons sous le nom de pneumothorax, non seulement les faits résultant de l'introduction de l'air dans la plèvre, mais encore ceux dans lesquels des liquides, purulents ou non, viennent se mêler à l'air. Nous nous autorisons en cela tout d'abord de ce que la plupart des auteurs réunissent dans leurs descriptions ces divers états de la plèvre, ensuite du fait que ces diverses affections sont liées entre elles par des liens naturels qui font qu'un pneumo-

thorax, simple au début, peut fort bien en peu de temps se transformer en hydropneumothorax ou en pyopneumothorax, car tels sont les noms donnés à ce que nous considérons désormais comme de simples complications d'un état anatomique constant, de la communication de la plèvre avec l'air extérieur par l'intermédiaire des bronches, ou d'une fistule de la paroi.

L'idée de ce travail, il faut le dire, nous a été suggérée par un cas de cette affection dont nous avons pu voir la terminaison heureuse dans le service de M. le professeur Carrieu, et sur lequel des examens méthodiques ont été pratiqués au fur et à mesure de la guérison.

Nous ne nous illusionnons pas sur la difficulté de ce travail, difficulté accrue encore par ce fait que la plupart des observations offertes par la littérature médicale sont très vagues ou muettes sur l'état postérieur des malades. Mais si peu que nous ayons pu recueillir, nous croyons que l'intérêt offert par ce genre de recherches peut éveiller l'attention des cliniciens et nous serions trop heureux si ce modeste travail devenait l'origine de recherches analogues qui promettent, comme on le voit, de très sérieux résultats au point de vue de l'efficacité des divers traitements employés dans cette affection et surtout du pronostic à tirer dans les divers cas, pronostic bien différent, comme on le verra, suivant le facteur en cause dans l'étiologie de la maladie.

Qu'il nous soit permis, avant d'entrer en matière, de remercier M. le professeur Carrieu, dont l'extrême obligeance pour nous n'a pas été seulement celle d'un maître, mais encore d'un ami et à qui nous devons l'idée de ce travail.

Que M. le professeur Bertin et MM. les professeurs agrégés Baumel et Sarda, qui ont bien voulu accepter de faire partie de notre jury de thèse, veuillent bien agréer l'expression de notre gratitude.

Nous ne voulons pas oublier non plus M. le docteur Magnol, chef de clinique de M. le professeur Carrieu, qui nous a fourni avec beaucoup d'empressement les renseignements cliniques sur le malade qui a été l'origine de nos recherches.

COMMENT ON GUÉRIT

DU

PNEUMOTHORAX

CHAPITRE PREMIER

DES DIFFÉRENTES FORMES CLINIQUES DE PNEUMOTHORAX

Le pneumothorax, qui est par définition une affection constituée par la présence de l'air ou d'un autre gaz dans la cavité pleurale, se présente cliniquement avec plusieurs formes, avec ou sans complications. Ces diverses formes, ces diverses complications, font varier non seulement le pronostic et le traitement, mais encore la terminaison et laissent après elles, on le comprend, des états bien différents, soit de la plèvre, soit du poumon sous-jacent. C'est pour cela que nous croyons utile de rappeler brièvement ses différentes particularités sur lesquelles nous reviendrons, comme on le verra, lorsque nous traiterons de l'état définitif des malades

guéris du pneumothorax, état qui fait le sujet de notre étude.

Malgré l'autorité de maîtres tels que Laënnec, Graves, Stockes, nous n'admettrons pas, d'accord en cela avec M. Jaccoud, le pneumothorax dit essentiel, pas plus que le pneumothorax pleurétique et le pneumothorax pneumonique. Cette question a été jugée et l'on ne reconnaît plus aujourd'hui que des pneumothorax dits « par effraction ».

Nous ferons d'abord deux grandes divisions basées sur la cause première dont l'effraction n'a été qu'un incident :

D'une part, le pneumothorax tuberculeux, de beaucoup le plus fréquent, d'autre part, le pneumothorax non tuberculeux.

Nous admettons comme complication de ces deux variétés la présence de liquide séreux ou purulent, constituant alors l'hydro ou le pyopneumothorax.

L'anatomie pathologique de ces diverses formes nous fera admettre quelques variétés suivant la nature de la lésion en elle-même : ainsi le pneumothorax peut être simple, double, partiel ou total, et l'on comprend qu'à chacune de ces variétés se rattachent des modes différents de guérison.

I.—*Pneumothorax tuberculeux*

La tuberculose pulmonaire ou pleurale est de toutes les causes donnant naissance au pneumothorax celle qui est le plus souvent en jeu. C'est ainsi que dans la thèse de Saussier (1), elle est notée 81 fois sur 130, et que, dans la statistique de Behier, elle l'est 50 fois sur 58.

Biach va même plus loin, puisque, dans sa statistique des

(1) Saussier. — Recherches sur le pneumothorax. Paris, 1841.

hôpitaux de Vienne, il a trouvé 715 fois de la tuberculose sur un total de 918 malades examinés, soit 77,8 p. 100.

Une autre statistique, celle de West, faite à l'hôpital de Londres, en indique une proportion de 90 p. 100.

II.— *Pneumothorax non tuberculeux*

Les cas de pneumothorax non tuberculeux sont de beaucoup plus rares. Les causes en sont variables; parmi elles, il en est une cependant qui, dans la statistique de Saussier, déjà citée, le disputerait à la tuberculose, c'est la pleurésie; elle est notée, en effet, 29 fois sur 130. L'importance de ce chiffre est considérable, surtout si on le compare au plus fort de notre statistique qui est de 7, lequel est attribué à la gangrène pulmonaire.

Ceci aurait lieu de nous étonner si nous ne connaissions les travaux récents de MM. Germain Sée, Bernutz, Leudet, Landouzy, Kelsch et Vaillard, pour lesquels le plus grand nombre des pleurésies est d'origine tuberculeuse, du moins les pleurésies séro-fibrineuses.

Les autres causes de pneumothorax sont encore moins importantes et le nombre des cas connus très faible, relativement aux chiffres que nous venons de citer. C'est ainsi que:

la gangrène pulmonaire	est en cause.	7 fois
l'emphysème pulmonaire		5 —
les apoplexies pulmonaires		3 —
la fistule hépato-pneumo-pleurale.		2 —
le kyste hydatique pulmonaire		1 —
le cancer ulcéré du poumon		1 —
l'hémithorax		1 —
l'abcès pneumonique		1 —

Cette statistique, qui porte sur 130 cas, montre mieux,

croyons-nous, que toute discussion combien de toutes les causes de pneumothorax, la tuberculose pulmonaire est celle qui agit le plus souvent. On comprend l'importance de cette constatation pour celui qui se préoccupe de l'avenir des malades atteints de pneumothorax. A chacune de ces causes correspondra une tendance particulière de la maladie, soit vers l'aggravation, soit vers la chronicité, soit enfin vers la guérison.

Et même lorsque nous parlons de guérison, nous voulons dire guérison du pneumothorax en lui-même ; car ce dernier disparu, l'épanchement lui-même évacué ou résorbé, il restera souvent une lésion du poumon qui pourra compromettre gravement l'avenir de notre malade et qui sera par exemple pour un tuberculeux un danger continuellement imminent de reproduction de la maladie.

Nous ne pouvons passer sous silence une variété de pneumothorax qui n'a pas échappé à de nombreux observateurs et qui a été mise en lumière par Bouveret (1), nous voulons parler du pneumothorax à soupape ou suffoquant, dans lequel la tension de l'air contenu dans la plèvre augmentant à chaque inspiration finit par comprimer tellement le poumon que l'hématose ne se fait plus et que le malade succombe à une insuffisance aiguë du poumon.

Pour nous résumer, nous concluons de ce chapitre que la tuberculose étant la cause la plus fréquente du pneumothorax, il y aura toujours lieu de s'en préoccuper, de la rechercher et d'en tenir compte pour pronostiquer l'avenir réservé à un malade guéri de pneumothorax.

(1) Bouveret — Lyon médical, 1888.

CHAPITRE II

PRONOSTIC DE CES DIVERSES FORMES

«Le pronostic du pneumothorax, dit Widal (1), est subordonné à l'ensemble des symptômes, à la cause, à l'état du poumon et de la plèvre, à l'état du poumon opposé; l'air épanché dans la plèvre ne constitue pas le danger (sauf dans les cas cités par Bouveret). L'état du liquide, sa nature, sont plus importants. Pris en bloc, le pneumothorax avec ou sans épanchement est une maladie grave; mais les diverses formes prises à part ont un pronostic bien différent.»

C'est ainsi que Reynal (2), dans sa thèse sur le Pneumothorax, distingue les pneumothorax de cause interne ou de cause externe, ces derniers produits par des plaies pénétrantes de poitrine et d'un pronostic essentiellement lié à la gravité de cette plaie, mais fort bénins en eux-mêmes et guérissant généralement.

Dieulafoy (3) dit que l'étiologie est la base principale du pronostic : « Pur et simple, dit-il, il guérit en 3 ou 4 semaines, mais la nature de la perforation et la formation d'un épanchement purulent aggravent le pronostic; néanmoins, j'ai plusieurs fois constaté la guérison du pneumothorax et de l'hydropneumothorax chez les tuberculeux ».

(1) Widal. — Dict. encycl. des sc. méd., art. *Pneumothorax*.

(2) Reynal. — Th. Montpellier, 1876.

(3) Dieulafoy. — Path. int., tome I, page 475.

Behier est moins optimiste, il a eu 46 décès sur 52 cas, et «encore, dit-il, plusieurs de ceux qui sont partis ont dû succomber plus tard».

Woillez, Biermer, Legendre, ont cité eux aussi des cas de guérison, mais ils ne sont pas nombreux.

En somme, tous les auteurs sont d'accord pour dire que la mort est la terminaison habituelle et la guérison l'exception.

Le tableau considéré sous cet aspect serait donc extrêmement sombre. Il le sera moins si à cette statistique globale nous substituons des statistiques partielles.

Ainsi nous pouvons poser en principe que le pneumothorax purement gazeux est de pronostic très bénin. En particulier, celui dû à l'emphysème, à une aspiration forcée, à un effort brutal, à une quinte de toux, est fugace, peu dangereux et guérit avec une très grande rapidité, même lorsqu'il est accompagné d'épanchement.

Le pneumothorax partiel ou enkysté est moins dangereux que le pneumothorax généralisé, il se résorberait souvent, d'autres fois il s'évacuerait par les bronches en donnant lieu à une vomique.

Le pneumothorax non tuberculeux aurait en général un pronostic plus favorable que le tuberculeux.

Le pneumothorax tuberculeux enfin serait le plus grave de tous, la mort en serait en effet la terminaison habituelle ; elle aurait lieu soit par asphyxie graduelle, par augmentation du volume du liquide ou de la tension de l'air de la plèvre, soit par une poussée granulique arrivant généralement du 10^e au 15^e jour de la maladie, soit enfin par cachexie ou hecticité, suite des lésions progressives du poumon. Cette dernière cause de mort est à retenir pour nous qui nous préoccupons de la façon dont guérit le pneumothorax. Tel malade sorti de l'hôpital, guéri en apparence de son pneu-

mothorax, porte en lui une cause dont les effets pourraient démentir nos prévisions, même à brève échéance.

Nous n'ignorons pas cependant que certains auteurs ont vu dans le pneumothorax des tuberculeux presque un heureux incident. C'est depuis Czernicky et Hérard, qui ont été les premiers à signaler ce fait, que plusieurs autres auteurs en ont rapporté des exemples, dont un très remarquable publié par M. Charrier (1).

Czernicky, pour sa part, a observé dans plusieurs cas la cicatrisation de cavernes pulmonaires ; cicatrisation due suivant lui à l'anémie produite par la compression exercée par le gaz sur le poumon. La guérison du pneumothorax dans ce cas là se ferait ensuite, ainsi que le dit Woillez (2), par accolement des deux feuillets de la plèvre.

Ces heureuses exceptions ne modifient d'ailleurs en rien la gravité du pronostic. Il ne faut pas oublier qu'à côté de ces guérisons il est une terminaison possible et fréquente du pneumothorax, c'est son passage à l'état chronique.

L'état du poumon lésé est encore un élément de pronostic : sain comme dans le pneumothorax consécutif aux efforts, aux inspirations forcées, le pronostic est généralement bénin ; le pneumothorax, ne s'accompagnant pas d'épanchement, sauf dans quelques cas exceptionnels, marche naturellement vers la guérison. L'épanchement lui-même, s'il existe, n'est ordinairement pas infecté, l'air qui lui arrive par la fistule alvéolaire étant dépouillé des poussières et des germes par son passage à travers les bronches et les capillaires pulmonaires. Aussi, sur 32 cas rapportés par Galliard (3), y a-t-il seulement 3 morts.

(1) Charrier. — *Revue de Méd.*, 1892.

(2) Woillez. — *Arch. de Méd.*, 1875.

(3) Galliard. — *Du pneumothorax*. Coll. Charcot, Debove.

Mais qu'au contraire ce poumon soit déjà malade (c'est le cas du pneumothorax tuberculeux), le pronostic s'aggrave immédiatement en raison même de cette lésion. Chez les emphysémateux par exemple, où le poumon fonctionne déjà si irrégulièrement, le pneumothorax a un pronostic grave, même s'il reste pur. Dans la statistique déjà citée, sur 12 cas, 8 se sont terminés par la mort.

Les abcès du poumon, la broncho-pneumonie, la dilatation des bronches coïncidant avec le pneumothorax, le transforment à brève échéance en pleurésie purulente, putride même, et lui donnent une marche rapide et fatale. Le cancer pleuro-pulmonaire est celui de tous les états du poumon qui aggrave le plus le pronostic, l'affection seule du poumon étant déjà fort grave en elle-même.

L'état du poumon du côté opposé doit aussi entrer en ligne de compte dans l'établissement du pronostic. On comprend sans démonstration qu'à lui seul est dévolu le soin de l'hémathose et que son insuffisance à ce point de vue serait fatale pour le malade.

L'état du liquide enfin est aussi une base sérieuse de pronostic qui se confond alors avec celui des pleurésies purulentes ou putrides. Nous venons de dire ce qu'il fallait en penser.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DU PNEUMOTHORAX

Dans le traitement du pneumothorax, il faut distinguer deux parties bien distinctes. Il existe en effet deux séries d'accidents contre lesquels aura à lutter la thérapeutique : d'une part, les accidents immédiats dus au changement brusque des conditions du poumon par rapport à la cavité thoracique, d'autre part des accidents tardifs, éloignés, dus soit à ces mêmes causes dont l'influence continue, soit à une complication particulière, augmentation progressive de la tension, formation ou présence préexistante de liquide dans la plèvre.

A. — *Accidents immédiats*

On comprend que l'irruption de l'air dans la cavité des plèvres, la transformant en cavité réelle, de virtuelle qu'elle était, changeant brusquement non seulement la force mais encore le signe de la pression dans cette cavité, mette ainsi brusquement le poumon dans un nouvel état. Aussi la dyspnée est la règle accompagnée d'une douleur vive due probablement à des compressions exercées par le poumon rétracté, ratatiné sur les terminaisons du pneumogastrique ou du phrénique.

Contre ces accidents immédiats, on cherchera à calmer la douleur et la dyspnée par les moyens ordinaires qu'offre l'arsenal thérapeutique. On pourra essayer de l'application de

glace sur le thorax, de ventouses scarifiées ou non, et surtout on s'adressera aux calmants par excellence de la douleur, à la série opiacée. L'opium sous forme d'extrait thébaïque à la dose de 5 à 10 centigrammes (Behier), la morphine en injections sous-cutanées de 1 centigramme, seront indiqués.

Mais il est des cas où ces moyens n'améliorent qu'un des symptômes, la douleur; l'autre, la dyspnée, suit son cours, augmente même, l'hématorse se fait mal, le malade se cyanose, l'asphyxie est imminente et il y aurait danger dans ce cas à laisser le poumon soumis à cette tension exagérée intrapleurale. Dans ce cas, la thoracentèse immédiate est de rigueur.

Inoffensive en elle-même, surtout faite avec les précautions aseptiques ordinaires, elle est passible d'apporter au malade un grand soulagement. On la fera suivant les règles ordinaires et qu'il serait oiseux de rappeler ici.

Généralement, disions-nous, l'amélioration est immédiate; mais dans certains cas, surtout dans le pneumothorax suffoquant de Bouveret, l'état amélioré un moment redevient mauvais en peu de temps, la tension pleurale reprenant sa valeur exagérée après quelques aspirations ou à la suite d'un effort de toux.

Dans ce cas, Bouveret conseille de transformer ce pneumothorax fermé en pneumothorax ouvert et, ainsi qu'il le dit : « de laisser à demeure un trocart dans la plaie thoracique en ayant soin, bien entendu, de filtrer l'air à travers un tampon de coton ou un épais pansement ouaté ».

Ces divers moyens sont des moyens immédiats applicables à tout pneumothorax à sa période de début

B. — *Accidents tardifs*

Mais avoir paré aux accidents immédiats ne constitue pas le traitement du pneumothorax, il faut diriger la thérapeutique contre la cause elle-même de tous ces accidents qui n'est pas toujours identique à elle-même ; nous voulons dire que le médecin ne se trouve pas toujours en présence des mêmes conditions. Donc la thérapeutique, à peu près constante quand elle cherche à parer aux accidents immédiats, devra ici se mettre en rapport avec la nature de la lésion.

Deux faits dominant l'anatomie pathologique du pneumothorax, ce sont : d'une part, la fistule, de l'autre, l'épanchement. Et comme toujours, nous croyons qu'une bonne division est utile, nous reprendrons celle que nous avons donnée précédemment, en distinguant comme ci-dessus le pneumothorax d'origine tuberculeuse des autres.

Les auteurs sont assez divisés sur la thérapeutique à instituer contre le pneumothorax non tuberculeux, ils pensent, cependant, que le traitement doit varier suivant la nature de l'épanchement : c'est l'opinion de Dieulafoy (1), de Netter (2). Voici ce qu'ils disent, en effet :

1° Si l'épanchement est purement gazeux, on doit laisser le malade au repos jusqu'à ce que l'on pense la cicatrice oblitérée. A ce moment on pourra intervenir par une ponction qui enlèvera les gaz restants et remettra le poumon en état de fonctionner.

2° Si l'épanchement est séreux ou séro-purulent et très abondant, on se conduira de même que pour le pneumotho-

(1) Dieulafoy — *Path. int.*

(2) Netter. — *Traité de Méd.*, Charcot, Brissaud, Bouchard, tome III)

rax gazeux, c'est-à-dire que le malade restera au repos jusqu'à cicatrisation de la fistule, puis on évacuera le liquide par la thoracentèse.

3° Si l'épanchement est purulent, on devra remplacer la ponction par une thoracotomie suivie de lavages antiseptiques.

Toutes ces prescriptions, fort logiques en elles-mêmes, prêtent et ont prêté, cependant, à maintes discussions.

Laisser cicatriser la fistule, rien de plus juste, et tout le monde est d'accord sur ce point ; mais où les opinions divergent, et où l'accord cesse entre les auteurs, c'est lorsqu'il s'agit de l'intervention active, nous voulons parler de la thoracentèse et de l'opération de l'empyème dans les cas de pneumothorax avec épanchement.

Hamilton Roë (1) s'est fait le défenseur de la thoracentèse dans le pneumothorax. C'est lui qui est pour ainsi dire le parrain de la méthode et il la défend avec beaucoup de feu ; mais ses idées erronées sur les diverses sortes de pneumothorax ont plus nui à sa thèse que ne lui ont servies 10 succès sur 19 opérés. Quoi qu'il en soit, ce chiffre de 10 succès sur 19 opérés doit être retenu.

Potain (2) a aussi conseillé la thoracentèse, mais en y ajoutant une modification qui semble un paradoxe au premier abord si on la met en parallèle avec le mode de guérison préjugé du pneumothorax. Cet auteur conseille, après la thoracentèse, d'injecter dans la plèvre de l'air stérilisé. Ha, paraît-il, obtenu ainsi des succès.

Charrier (3) a rapporté une observation de pneumothorax traité par une méthode conseillée par Dieulafoy et qui consiste à faire des thoracentèses successives n'enlevant chaque

(1) H. Roë. — *Lancet* du 4 avril 1869.

(2) Communicat. à l'Acad. de Méd., 1888.

(3) Charrier. — *Revue de Méd.*, 10 février 1892.

fois qu'une cinquantaine de grammes de pus et les remplaçant par une solution très faible de sublimé.

Cette méthode prête le flanc à la critique : on sait combien les séreuses sont sensibles aux antiseptiques toxiques comme le sublimé ; il est fort à craindre qu'en agissant ainsi on ne détermine des accidents d'intoxication par suite de l'absorption par la plèvre, enflammée, il est vrai, et absorbant peu, mais enfin dont le pouvoir osmotique n'est pas nul.

Dans le cas où le liquide est purulent, le traitement de choix, avons-nous dit, est la thoracotomie. En effet, on doit alors par dessus tout donner libre accès au pus, et nous savons que c'est ce qu'on pratique dans les pleurésies purulentes. Dans ce cas, la discussion se pose encore de savoir si oui ou non on doit laver. Nous ne saurions entrer ici dans une telle discussion plutôt de mise quand on s'occupe de la thérapeutique de la pleurésie purulente et qui a été traitée complètement par Netter (1).

Quant au pneumothorax tuberculeux, les auteurs sont encore plus divisés pour savoir si on doit le traiter ou non. Ainsi que nous l'avons vu, les uns affirment sa bénignité et presque sa salutaire action ; les autres y voient un danger de plus ajouté à celui créé par la tuberculose.

Les particularités des différents cas guident, en général, les cliniciens ; mais on verra dans les observations que nous rapporterons plus loin que le traitement est possible et donne même de bons résultats.

(1) Netter. — Soc. méd. des hôpitaux, 1883-1889.

CHAPITRE IV

ÉTAT DES MALADES A LA SUITE DU PNEUMOTHORAX

Comme nous le faisons pressentir, le point important, le point intéressant pour le médecin, est de savoir comment cette affection, si variable dans sa forme, dont les causes sont si disparates, arrive à une terminaison.

La mort, avons-nous dit avec tous les auteurs, est la terminaison habituelle du pneumothorax et surtout du pneumothorax tuberculeux. Il serait donc bon de savoir si après la guérison il reste dans le thorax du malade quelque signe, quelque résidu de la maladie qu'a essuyé sa plèvre et si ces restes ne sont pas un danger pour lui.

Behier n'est guère optimiste à ce point de vue, lorsqu'il dit que parmi ses malades partis, c'est-à-dire apparemment guéris, il en est encore qui ont dû succomber plus tard de cette même affection. C'est qu'en effet la guérison du pneumothorax peut être plus apparente que réelle.

La guérison est apparente, nous dit Galliard, de plusieurs açons: ou bien le liquide remonte jusqu'au niveau de la fistule, chassant peu à peu l'air de la cavité pleurale et supprimant ainsi le principal phénomène du pneumothorax, mais laissant subsister une pleurésie, dont le pronostic vient s'ajouter à celui des lésions du poumon; ou bien le liquide comprime une fistule percée obliquement dans le parenchyme pulmonaire et ne permet plus à l'air de se précipiter dans la plèvre. Ces cas, en effet, peuvent se présenter et on

devra en tenir compte pour établir un pronostic à longue échéance.

La guérison réelle, au contraire, est celle dans laquelle le liquide et les gaz ont disparu. Cette guérison, au dire de tous les auteurs (Niemeyer (1), Woillez (2), a lieu par accollement des deux parois de la plèvre, réalisant ainsi une symphyse pleurale.

Cette opinion, émanant de maîtres très éminents, nous paraît cependant peu conforme à la réalité des faits et est peu compatible avec la situation réciproque de la plèvre et du poumon dans le pneumothorax et surtout dans l'hydro et le pyopneumothorax.

Dans un récent article (3) sur la symphyse pleurale, M. le professeur Potain indique justement les conditions de la formation de ces adhérences. Il dit, en particulier, que le poumon contribue pour une large part au développement de ces adhérences, et qu'en particulier lorsqu'il existe un épanchement le poumon doit être fortement congestionné, plonger dans le liquide pour se mettre en rapport avec la paroi et établir, à l'aide de fausses membranes exsudatives, les néomembranes dont l'organisation conjonctive ultérieure produira les adhérences. Ceci, bien entendu, n'est vrai que pour les adhérences inférieures ; quant aux adhérences supérieures, le poumon, dans les pleurésies, étant en rapport naturel avec la paroi costale, rien d'étonnant qu'elles ne se produisent.

Dans le pneumothorax, rien de tel : le poumon, dès que la fistule est produite, se rétracte, la plèvre viscérale et la plèvre pariétale cessent d'être en rapport immédiat sur la plus

(1) Niemeyer.— *Traité de pathologie interne.*

(2) Woillez.— *Arch. de méd.*

(3) Potain.— *Sem. médicale*, 25 mai 1895.

grande partie de la paroi costale. C'est seulement dans l'angle costo-vertébral, où se cantonne, on le sait, le moignon pulmonaire, que les deux plèvres sont encore en contact. Si le pneumothorax se guérit, c'est-à-dire si l'air et les liquides disparaissent, les deux plèvres pariétale et viscérale se remettent en rapport et peuvent contracter des adhérences, à condition qu'il y ait eu un certain degré d'inflammation pleurale. Mais si le liquide ou les gaz persistent, les adhérences, s'il s'en fait, ne peuvent siéger qu'en ces points de l'angle costo-vertébral où s'est réfugié le moignon pulmonaire.

Nous ne croyons pas, par conséquent, que la symphyse pleurale soit la règle dans le mécanisme de la guérison du pneumothorax.

L'état consécutif des malades guéris de pneumothorax doit aussi varier suivant que l'affection a été ou non traitée et, si elle l'a été, de quelle manière, d'où la nécessité de consigner dans les observations le genre de traitement employé qui influe profondément sur la terminaison de la maladie.

On comprend combien, en effet, une opération, n'importe laquelle, peut changer les conditions de guérison du sujet. On sait combien est fréquente la présence des fistules pleuro-cutanées après l'opération de l'empyème, il en est de même après toute opération qu'a pu nécessiter le traitement du pneumothorax.

Quoi qu'il en soit, nous allons donner ici le compte rendu d'une observation fort intéressante, que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Carrieu, et dont nous avons pu voir le sujet dans son service de clinique à l'hôpital suburbain. Nous y joindrons les quelques observations que nous avons pu retirer de la littérature médicale et dans lesquelles nous avons trouvé noté l'état consécutif; elles sont

peu nombreuses, mais bien des auteurs ne mentionnant pas cet état consécutif.

Pour la clarté du sujet, et pour appliquer les données déjà fournies sur le pronostic du pneumothorax, nous les diviserons suivant la cause qui leur a donné naissance. Nous croyons que la vue d'ensemble qui en résultera sera plus évidente avec cette façon de procéder.

OBSERVATIONS

I. — PNEUMOTHORAX NON TUBERCULEUX

Observation I

Hydropneumothorax consécutif à un coup de couteau. — Guérison (Th. de Fallot)

A la sortie, on note de l'obscurité respiratoire dans tout le côté lésé.

Cette observation très brève est muette sur tout autre signe sthétoscopique.

Observation II

Pneumothorax non tuberculeux apparu à la suite d'un effort violent (Th. de Bouffarè)

La maladie a évolué en trois semaines, et le malade est sorti guéri. Trois mois après, on notait encore dans son appareil respiratoire des signes nets de pleurésie sèche.

Cette observation est intéressante en ce qu'elle montre combien est fallacieuse parfois la guérison, et qu'elle montre, de plus, le mécanisme de la guérison par adhérences pleurales consécutives.

Observation III

Pneumothorax simple et sans tuberculose, traité par la ponction et guéri (Th. de Bouffaré)

Après une ponction faite pour évacuer l'épanchement fermé à la suite d'un pneumothorax accidentel, le malade a guéri, et l'auscultation n'a révélé aucun trait anormal dans son appareil respiratoire

Exemple de la bénignité et de la maladie et des interventions dans les pneumothorax simples.

Observation IV

Pneumothorax simple sans tuberculose (Th. d'Augry)

Un homme atteint de pneumothorax, à la suite d'un effort de toux, guérit en trois semaines. A la sortie, on ne trouve plus de signe de pneumothorax. La respiration est normale, pas de bruits anormaux.

Observation V

Pneumothorax simple (Th. d'Augry)

Un pneumothorax simple, d'origine non indiquée dans la anthèse, guérit en trois mois sans laisser de traces.

Observation VI

Hydropneumothorax consécutif à une thoracentèse. — Guérison (Th. de Lafon)

Un homme, à la suite d'une thoracentèse pour une pleurésie séreuse, présente tous les signes du pneumothorax. A sa sortie, on note que :

Le tiers inférieur du poumon droit est mat à la percussion, le reste présente une sonorité exagérée.

Il n'y a ni bruit métallique, ni bruit de succussion hippocratique.

La respiration est obscure et profonde.

La voix a un retentissement métallique.

En somme, le malade présente encore des signes évidents de pneumothorax avec épanchement ; la fistule s'est fermée, mais le liquide a persisté.

Ainsi qu'on le voit par ces quelques observations brièvement rapportées, la guérison est, ainsi que nous le disions, rapide

Elle est assez rapide, quelle que soit la forme de pneumothorax, mais est-elle complète ? C'est ici que les différences se font voir.

Si le pneumothorax reste pur, sans épanchement (obs. IV et V), même avec des traitements uniquement palliatifs et sans traitement curatif, la maladie cesse sans laisser derrière elle de traces, sauf dans le cas où la guérison s'est produite par adhérences et où, par conséquent, une pleurésie au moins sèche est venue ajouter ses signes à ceux de l'affection. C'est le cas rapporté dans l'observation II, où on a noté des signes de pleurésie sèche persistant même trois mois après la guérison. Ceci n'a pas lieu de nous étonner quand

on sait avec quelle lenteur se résorbent les exsudats de cette nature.

Nous devons, à la suite de ces divers cas, rapporter l'observation dont nous avons parlé, et dans laquelle des examens complets ont été pratiqués après la guérison.

Observation VII

(Service de M. le professeur Carrieu)

Congestion pleuro-pulmonaire. — Épanchement pleurétique. — Pneumothorax. — Vomique. — Guérison.

L... Germain, 2^e génie, 22 ans, cultivateur, qui fait le sujet de cette observation, issu de parents rhumatisants, a subi lui-même une attaque de rhumatisme articulaire aigu il y a deux ans.

Il a eu la fièvre typhoïde à 18 ans.

Incorporé il y a un an et demi, il a joui, de plus, d'une bonne santé habituelle et a fait régulièrement son service.

A son entrée, le 10 mars 1895, à l'hôpital, il raconte que depuis quatre à cinq jours, après un refroidissement, il ne peut parvenir à se réchauffer, qu'il a mal à la tête, qu'il est brisé de partout et que depuis hier il ressent une douleur assez violente dans *tout* le côté droit, qu'il tousse mais sans cracher.

On lui trouve 41° de fièvre, de l'essoufflement, de la cyanose et, à l'auscultation, de la matité à la base, en avant et en arrière, de la sonorité exagérée au sommet droit et en avant.

La respiration est rude et soufflante, accompagnée de frottements pleuraux. De plus, les vibrations sont exagérées dans les points mats ; il n'y a ni égophonie ni pectoriloquie ni aphone.

On porte le diagnostic de congestion broncho-pleuro-pulmonaire.

Le 14, on doit modifier ce diagnostic par suite de l'apparition de l'égophonie à la base, accompagnée au sommet de souffle tubaire assez fort et de bronchophonie indiquant un épanchement pleural et de la congestion pulmonaire.

Le 18, on note que l'épanchement a augmenté.

Le 26, l'épanchement a encore augmenté depuis le dernier examen, il est mobile, puisque la matité varie de hauteur lorsqu'on fait asseoir le malade. En présence de ce fait, on décide de pratiquer une ponction le lendemain.

Le 27, on craint que la plaie d'un vésicatoire, qui n'est pas complètement séchée, n'infecte la plaie du trocart, et on remet la ponction au lendemain.

Les 28, 29 et 30, on ajourne encore la ponction en raison de signes évidents de diminution de volume du liquide.

Le 31 mars, dans la soirée, le malade se plaint d'une vive douleur dans le côté à la suite d'une quinte de toux.

Le lendemain 1^{er} avril, à la visite, on constate tous les signes d'un hydropneumothorax : son tympanique au sommet droit en avant et en arrière ; souffle amphorique très manifeste ; en bas, matité avec absence de respiration ; bruit de succussion hippocratique ; timbre métallique de la toux ; bruit d'airain très facile à provoquer et à percevoir. Cet état persiste sans grande modification avec des alternatives de diminution et d'augmentation de la quantité du liquide jusqu'au 4 mai.

Le 5, au matin, nouveaux phénomènes : depuis qu'il s'est éveillé, il tousse et il crache, il a rempli deux crachoirs (environ 400 cent. cubes) de crachats purulents et striés de sang. La matité a diminué de hauteur dans le côté droit,

mais il reste encore tous les signes d'un hydropneumothorax.

Le 10 mai, un examen pratiqué permet de constater les signes suivants: la matité a augmenté en arrière; les vibrations se perçoivent jusqu'à l'épine de l'omoplate; la respiration s'entend jusqu'au tiers inférieur; il n'y a ni égophonie ni pectoriloquie aphone. Ce fait est à retenir, nous dirons plus loin pourquoi.

Il n'y a plus de bruit d'airain.

En somme, la fistule bronchique paraît fermée, il reste seulement une pleurésie probablement séro-purulente.

Le 25 mai, mêmes signes que ci-dessus, sauf que les vibrations sont diminuées à la base; la respiration y est obscure. Il y a de nombreux frottements au tiers supérieur.

On peut concevoir qu'il existe de l'épanchement en bas, surmonté au tiers moyen de nombreuses fausses membranes.

Ces signes persistent durant le mois de juin, et le 22, le malade, considéré comme hors d'affaire, est examiné complètement. Voici ce que l'on constate:

L'état général est satisfaisant, bien que l'homme soit assez amaigri. La mensuration du thorax montre que les deux moitiés ont même circonférence, l'épanchement étant à droite (ce côté du thorax étant normalement plus développée que l'autre), on doit en conclure qu'il y a une légère diminution dans son périmètre droit.

La percussion dénote de la matité à partir de l'épine de l'omoplate jusqu'en bas. Les vibrations sont perçues du haut en bas, mais diminuées à la base.

La respiration est un peu rude dans toute la hauteur et est accompagnée de nombreux frottements pleuraux.

En somme il n'y a plus de pneumothorax, il n'y a plus de

liquide, il reste seulement des fausses membranes minces et et à demi-résorbées.

Notons que durant la maladie on n'a jamais trouvé de bacille tuberculeux ni dans les crachats, ni dans le liquide de la vomique.

Le traitement a été des plus simples; symptomatique presque tout le temps, il a consisté en toniques, vésicatoires et pointes de feu.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre: L'origine nettement pleuropneumonique du pneumothorax n'est pas douteuse; de ce fait, nous devons, au début, porter un pronostic bénin. Notre malade en effet a guéri.

De plus, on voit nettement le mécanisme de la guérison par transformation du pneumothorax ouvert en pneumothorax fermé, résorption du gaz d'abord et réduction de la maladie à une pleurésie séro-purulente, laquelle à son tour guérit par le processus ordinaire, c'est-à-dire formation graduelle de néo-membranes, amincissement progressif de ces dernières et formation de véritables cicatrices.

On voit donc la vérité de ce que nous avançons pour le pneumothorax non tuberculeux, c'est qu'il guérit et qu'il peut même le faire sans laisser beaucoup de traces, sauf les adhérences néoplasiques.

II. — PNEUMOTHORAX TUBERCULEUX

Le pneumothorax tuberculeux étant, ainsi que nous l'avons vu, le plus fréquent de tous, possède dans la littérature médicale la plus large place dans les observations. Seulement, ainsi que nous le disions plus haut, peu d'auteurs de ces observations se sont préoccupés de l'avenir de leurs malades.

Peu nombreuses sont les observations dans lesquelles on trouve noté non pas l'état des malades trois mois, six mois, ou un an après, ce qui serait fort intéressant, mais encore leur état à la sortie de l'hôpital.

On comprend que nous ne voulons pas parler ici de l'état de leur tuberculose pulmonaire destinée, elle, à évoluer soit vers une guérison incertaine et d'ailleurs lointaine ou vers l'aggravation et l'hecticité finale, cela constituerait cependant de sérieux documents pour servir à l'histoire de la tuberculose en général et de l'influence du pneumothorax sur les lésions tuberculeuses en particulier ; malheureusement, ce fait n'existe pas et nous avons dû nous contenter de ce que nous avons pu trouver dans les observations de divers auteurs (1).

(1) A Montpellier, où il existe un service de consultations externes régulièrement organisé, il arrive plus souvent que l'on puisse suivre les malades longtemps après leur sortie de l'hôpital. C'est en particulier ce qui est arrivé pour la malade qui fait le sujet de notre observation VIII qui a pu être examinée ainsi plusieurs fois par M. le professeur agrégé Rauzier, chargé de ce service de consultations.

Observation VIII

(Thèse de Perdrigot. — Montpellier, 1895)

Hydropneumothorax tuberculeux, ayant débuté au septième mois d'une tuberculose pulmonaire.

La malade qui fait le sujet de cette observation présentait les premiers signes de tuberculose pulmonaire au mois de juillet 1894. Cette maladie évolua en progressant régulièrement et donna lieu à deux entrées à l'hôpital suburbain : en juillet 1894 et en février 1895. Entre temps, elle fut soignée à la consultation de l'hôpital général par M. le professeur agrégé Rauzier.

Le 28 février, M. le professeur Ducamp, remplaçant M. le professeur Grasset, diagnostiqua un pneumothorax caractérisé par tous les signes stéthoscopiques de cette maladie. De l'interrogatoire de la malade, il résulte que l'établissement de la fistule devait remonter au 7 février. Après un traitement d'un mois environ, la malade sort de l'hôpital, et voici ce que nous trouvons sur son état, à ce moment, dans l'observation :

« Actuellement, le pneumothorax, qui était ouvert au début, tend à se fermer comme en témoigne la disparition du souffle. Il reste dans la plèvre une certaine quantité de liquide qui donne lieu au bruit de fluctuation thoracique perçu par la malade même. L'état général est passable, les lésions tuberculeuses, d'ailleurs peu avancées, paraissent stationnaires. »

Observation IX

(Thèse de Gérard)

Pneumothorax tuberculeux (guéri). — A la sortie de la malade on note : Santé générale satisfaisante, pas d'oppression ni à la marche ni au travail.

A droite, respiration normale.

A gauche, respiration nulle et matité dans la moitié inférieure du poumon ; pas de souffle amphorique, pas de fluctuations. Donc, existence en ce point de fausses membranes épaisses.

Observation X

(Thèse de Gérard)

Le malade qui fait le sujet de cette observation, atteint d'un pneumothorax tuberculeux, sortit de l'hôpital en présentant les signes suivants :

A gauche (qui était le côté du pneumothorax), signes évidents de liquides, bien que la perforation paraisse fermée.

A droite, craquements humides aux sommets.

Observation XI

(Thèse de Gérard)

Un tuberculeux, entré à l'hôpital atteint d'un pneumothorax, en sortit avec les mêmes signes qu'à l'entrée.

Observation XII

(Thèse de Lafon)

Hydropneumothorax tuberculeux. — A la sortie du malade, l'examen attentif de la poitrine, pratiqué par M. le professeur Combai, a montré tous les signes d'un hydropneumothorax qui a persisté malgré l'emploi d'une série de médications.

Observation XIII

(Thèse de Boursot)

Pleurésie tuberculeuse avec épanchement. — *Pneumothorax tuberculeux.* — A la sortie du malade, on constate que le liquide a disparu, mais il reste des râles crépitants amphoriques et du tintement métallique.

Observation XIV

(Thèse de Boursot)

Pneumothorax tuberculeux. — Chez ce malade, le pneumothorax est passé à l'état chronique, l'oppression est cependant peu intense. Mais on note, à droite, de la matité à la partie inférieure du thorax et du bruit amphorique accompagné de tintement métallique à la partie supérieure.

Observation XV

(Thèse de Boursot)

Pleurésie tuberculeuse.— Vomique. Hydropneumothorax.
L'observateur note seulement que le pneumothorax est passé à l'état chronique.

Observation XVI

(Galliard)

Dans un hydropneumothorax tuberculéux, on retira 500 grammes de liquide purulent. Le malade fut revu deux ans après ; il n'y avait plus aucun signe d'épanchement, ni fluctuation, ni bruits amphoriques, ni tintement métallique, mais la tuberculose, une fois ralentie, avait suivi son cours.

De toutes ces observations de pneumothorax tuberculeux ressort un premier fait évident, c'est que la guérison est très rare.

Le liquide n'a aucune tendance à se résorber, les opérations (elles sont rares comme on l'a vu) ne paraissent que peu ou point efficaces ; c'est ainsi que souvent nous trouvons noté dans les observations que le pneumothorax est passé à l'état chronique. Ce qui frappe encore, c'est que le pneumothorax, lorsque la tuberculose entre pour quelque chose dans sa production, ne reste pas pur ; il ne fait qu'obéir en cela aux conditions ordinaires indiquées par les auteurs et est le résultat du développement d'une pleurésie tuberculeuse à la suite de la perforation.

Dans les cas heureux comme dans l'observation IX, il peut se faire une production néo-membraneuse qui semblerait au premier abord devoir être un facteur important pour la guérison. Malheureusement, ce qui est vrai pour la pleurésie non tuberculeuse, dans laquelle la guérison se fait par ce mécanisme, ne l'est plus ici. Ces néo-membranes n'ont qu'une très faible tendance à l'organisation fibreuse; leur origine microbienne, leur siège au voisinage d'une séreuse les rapproche des formations exsudatives des tumeurs blanches, et l'on sait combien ces dernières demandent du temps pour s'organiser. Nous savons que par l'immobilisation prolongée on favorise cette faible tendance et que c'est le traitement par excellence à diriger contre elles. Mais ici l'immobilisation n'est guère facile à obtenir.

Certes il est un moyen dont nous avons déjà parlé et qui consisterait à mettre le poumon en repos en le faisant complètement rétracter à l'aide d'une thoracentèse. Nous suivrions même dans ce cas le conseil des auteurs qui ont vu dans cette rétraction du poumon un moyen curatif de la tuberculose. Malheureusement, il existe des faits allant à l'encontre de cette affirmation séduisante. Dans nombre d'observations que nous n'avons pas rapportées, parce qu'elles avaient trait à des malades atteints de pneumothorax tuberculeux et ayant succombé, il est fait mention d'une opération de thoracentèse pratiquée sans que le succès soit venu approuver cette façon d'agir. D'ailleurs l'assimilation possible de ces pneumothorax, généralement accompagnés d'épanchements à des pleurésies purulentes de nature tuberculeuse, contre-indique formellement l'opération de l'empyème.

En somme, l'enseignement qui ressort de cette série de faits est que le pneumothorax lui-même, lorsqu'il est de nature tuberculeuse, a une très grande tendance à passer à

l'état chronique en gardant tantôt sa physionomie primitive, tantôt une physionomie un peu différente, grâce à la formation des néo-membranes dont nous avons parlé. Mais il est une autre conclusion que nous pouvons tirer, c'est que la tuberculose ne paraît entravée que momentanément ou pas du tout par l'apparition du pneumothorax et qu'elle évolue malgré lui. Ce fait est important à signaler, puisque nous nous préoccupons de l'avenir de nos malades qui, dans ce cas, ne nous donne aucun espoir d'arriver à une guérison ou à une atténuation quelconque.

CONCLUSIONS

I.— De toutes les causes cliniques du pneumothorax, la tuberculose est la plus fréquemment en jeu.

II.— Le pronostic du pneumothorax varie surtout avec la cause qui lui a donné naissance. La tuberculose est celle qui donne le pronostic le plus fâcheux; après elle se range en première ligne la pleurésie, suivie à grande distance par les autres causes que nous avons exposées pour arriver jusqu'au pneumothorax d'origine traumatique dont le pronostic est absolument bénin.

III.— Le traitement lui-même doit varier suivant cette même cause et suivant la forme clinique, sauf pour celui des accidents immédiats, qui est unique.

Le pneumothorax non tuberculeux, purement gazeux, sera laissé à lui-même; accompagné d'un épanchement, il sera justiciable de la thoracentèse avec évacuation totale et si l'on veut avec injection d'air stérilisé, suivant la méthode de Potain, si le liquide est séreux; si ce dernier est purulent, on s'en tiendra aux prescriptions formulées pour le traitement des pleurésies purulentes. Le pneumothorax tuberculeux ne paraît pas devoir être traité par la thoracentèse ou par l'empyème.

IV.— Les malades prétendus guéris de pneumothorax le sont en réalité rarement :

- a.*— Le pneumothorax accidentel et purement gazeux guérit, en général, sans laisser de traces.
- b.*— Accompagné d'un épanchement, il laisse derrière lui des néo-membranes longues à se résorber et un poumon se dépliant mal. Il s'est formé là une véritable cicatrice.
- c.*— Le pneumothorax tuberculeux ne guérit pas, passe le plus souvent à l'état chronique et la tuberculose qui lui a donné naissance évolue malgré lui.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 16 juillet 1895.
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
J GERARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 16 juillet 1895.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

- SAUSSIER. — Du pneumothorax. Thèse Paris, 1841.
- GÉRARD. — Causes, signes, terminaisons du pneumothorax. Thèse Paris, 1863.
- VIGIER. — Pneumothorax. Thèse Paris, 1873.
- LAFON. — Causes, diagnostic du pneumothorax. Thèse Montpellier, 1874.
- RAYNAL. — Etude sur le pneumothorax. Thèse de Montpellier, 1876.
- FALLOT. — Essai sur le pneumothorax. Thèse Montpellier, 1876.
- MOUTARD-MARTIN. — Bulletin de thérapeutique, 28 février 1882.
- BOURSOT. — Signes du pneumothorax. Thèse Paris, 1883.
- ROUANET. — Guérison du pneumothorax chez les phtisiques. Thèse Paris, 1884.
- BOUFFARÉ. — Pneumothorax de cause interne et pronostic. Thèse Paris, 1887.
- GALLIARD. — Du pneumothorax. Coll. Charcot, Debove. — Archives de médecine, 1888.
- BOUVERET. — Pneumothorax suffoquant. *Lyon médical*, 1888.
- NETTER. — Examen des épanchements liquides. *Sem. médicale*, 1891.
- CHARRIER. — *Revue de méd.*, 1892 (février).
- RICIARDIÈRE. — Traitement du pneumothorax tuberculeux. *Médecine moderne*, 1894.
- FERNET. — Le pneumothorax. Art. du dict. de méd. et de chirurgie pratiques.
- CHARCOT, BRISSAUD, BOUCHARD. — Traité de médecine.
- Dict. Encyclopédique, art. *pneumothorax* (Widal).
- PERDRIOLAT. — Contribut. à l'étude de l'hydropneumothorax tuberculeux. Thèse Montpellier, 1893.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	7
CHAPITRE I.— Des différentes formes cliniques du pneumo- thorax	11
I.— Pneumothorax tuberculeux	12
II.— Pneumothorax non tuberculeux.	13
CHAPITRE II.— Du pronostic des différentes formes de pneu- mothorax.	15
CHAPITRE III.— Traitement du pneumothorax.	19
A.— Accidents immédiats	19
B.— Accidents tardifs.	21
CHAPITRE IV.— Etat des malades à la suite du pneumothorax.	24
OBSERVATIONS.	28
I.— Pneumothorax non tuberculeux	28
II.— Pneumothorax tuberculeux	33
CONCLUSIONS.	42
BIBLIOGRAPHIE.	44

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

